



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O PAPEL DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

CAMPINA GRANDE – PB
2016

TALITA PEREIRA DE QUEIROGA

O PAPEL DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao Curso Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ciências de Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - Campus I, para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Me. Roberta Lima Gonçalves

CAMPINA GRANDE

2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”- UFCG

Q3p

Queiroga, Talita Pereira de.

O papel do enfermeiro obstetra no trabalho de parto e parto/ Talita Pereira de Queiroga. – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

56 f. il.:Color. 21 x 27,9 cm

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) -
Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da
Saúde.

Referências.

Orientador: Roberta Lima Gonçalves, Me.

1. Enfermagem Obstétrica. 2.Parto Normal. 3.Medicalização. I. Gonçalves,
Roberta Lima. (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083 (813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC DO CURSO DE
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CAMPUS DE
CAMPINA GRANDE - PB.

Aos 1 dias do mês de junho do ano 2016 às 18:18 horas, na sala Pós Gradua
com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a
defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado
O papel do enfermeiro obstetra no trabalho de
parte e parto

desenvolvido
pelo aluno (a) Talita Pereira de Queiroz
regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2015.2, orientado pelo
professor (a) Roberta Lima Gonçalves. O período da
defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno
utilizou 31 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a)
juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota
ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo
orientador. Obterido nota 9.6 (nove e seis) pelos
examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 01/06/2016

ORIENTADOR (A): Roberta Lima Gonçalves

TITULAÇÃO: Mestre

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Sheila Milena Peres dos S. Seman Titulação: Mestre

2º Membro: Elisabete Oliveira Colaco Titulação: Especialist

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Coordenação do TCC

Dedico este trabalho a todas as pessoas que estiveram presentes em minha vida, me apoiando, direta ou indiretamente, em especial aos meus pais, Palmério e Alcione, que dedicaram todos seus esforços para me proporcionar uma educação de qualidade e ainda ao meu filho, que contribuiu ainda mais com esta vitória.

RESUMO

O papel da mulher na sociedade evidencia a importância de ser ofertada à ela uma saúde de qualidade, que contemple o seu poder de autonomia e decisão acerca de seu corpo. Tal processo se faz importante quando se diz respeito ao ato de gestar e no processo de parir, pois cabe à parturiente, juntamente com o profissional de saúde que a assiste decidir qual a via de parto, pois este momento é único na vida de cada mulher. Nesta perspectiva a enfermagem obstétrica destaca-se pelo seu potencial em desenvolver práticas humanizadas e com promoção de ações não intervencionistas. O presente estudo objetiva realizar uma análise da produção científica sobre a assistência da enfermagem obstétrica no parto. Para atender a proposta, foi realizada uma Revisão Integrativa de Literatura, motivado pela pergunta norteadora: Qual a caracterização da produção científica sobre a assistência da enfermagem obstétrica, disponibilizada em periódicos online, no período de 2005 a 2014, com ênfase nos enfoques abordados? Para isso, realizou-se uma busca sistemática nas bases/bibliotecas de dados da saúde com os seguintes descritores: “enfermagem obstétrica” and “parto” and “assistência” no idioma português, “*nursing obstetric*” and “*parturition*” and “*assistance*” no idioma inglês e para o idioma espanhol “*partería*” and “*parto*” and “*asistencia*”. Tratou-se de um estudo qualitativo, baseado na amostra de 32 artigos onde os dados foram analisados através da análise de conteúdo, emergindo três categorias empíricas: Legalização do exercício profissional da enfermagem obstétrica; Dificuldades encontradas pela categoria para desenvolvimento de sua prática; Humanização: cuidados que proporcionam segurança à parturiente. Concluiu-se que nos estudos que a equipe de enfermagem obstétrica desempenha cuidado relevante durante o processo de parturição, revelando a importância do cuidado por este profissional no momento de parturição.

DESCRITORES: Enfermagem Obstétrica, Parto Normal, Medicalização.

ABSTRACT

The paper of women in society puts in evidence the importance of offer to her a quality health, that contemplates your power of autonomy and decision about her body. This process becomes important when it concerns the act of gestating and in the process of giving birth, because it is for the woman in labor, along with the health professional that assists decide which type of delivery, because this moment is unique in the life of every woman. In this perspective, obstetrical nursing stands out for its potential to develop humanised and promotion of non-interventionist actions practices. The present study has the objective of conduct an analysis of scientific production about the obstetrical nursing care at human birth. To get this proposal, an integrative literature review was performed, motivated by the guiding question: What is the characterization of scientific production about the assistance of obstetrical nursing, available online journals in the period 2005-2014, with emphasis on approaches discussed? For this, has been done a systematic search in the base/ libraries of health data with the following descriptions: "enfermagem obstétrica" and "parto" and "assistência" in portuguese, "nursing obstetric" and "parturition" and "assistance" in english, and for spanish language was used "partería" and "parto" and "assistencia". This was a qualitative study, based on the sample of 32 articles where the data were analyzed by content analysis, emerging three empirical categories: Legalization of the professional practice of obstetrical nursing; Difficulties found by category for the development of thier praxis; Humanization: care that provide security to the woman in labor. Concluded that the studies of the obstetrical nursing team does is relevant during the parturition process, revealing the importance of caring for this professional at the time of parturition.

KEY WORDS: Obstetric Nursing, Normal Birth, medicalization.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – QUANTIDADE DE PARTO NORMAL REALIZADO NO PERÍODO DE 2009-2013;

TABELA 2 – QUANTIDADE DE PARTO CESÁREO REALIZADO NO PERÍODO DE 2009-2013;

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS CONFORME AS CATEGORIAS TEMÁTICAS.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – NÚMERO DE ESTUDOS ENCONTRADOS, PRÉ-SELECIONADOS, DESCARTADOS E INCLUÍDOS, SEGUNDO AS BASES DE DADOS ELETRÔNICOS. CAMPINA GRANDE, 2016;

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde;

CEEQ – Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica;

CO – Centro Obstétrico;

CP – Casa de Parto.

CPN – CENTRO DE Parto Normal;

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde;

MS – Ministério da Saúde;

OMS – Organização Mundial da Saúde;

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;

PHPN – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento;

RIL – Revisão Integrativa de Literatura;

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*;

SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos;

SUS – Sistema Único de Saúde;

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Inversão de valores: parto cesáreo como protagonista no cenário brasileiro.....	17
3.2 A medicalização do parto: o protagonismo e autonomia da mulher.....	19
3.3 O papel da enfermeira obstetra na assistência ao parto	21
4. METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Critérios para a escolha da amostra da investigação.....	23
4.3 Coleta de dados	25
4.4 Análise dos dados	26
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	27
5.1 Características levantadas nos estudos analisados.....	27
Categoria 1: Legalização do exercício profissional da enfermagem obstétrica.....	28
Categoria 2: Dificuldades encontradas pela enfermagem obstétrica para desenvolvimento de sua práxis	32
Categoria 3: Humanização: cuidados que proporcionam segurança à parturiente	35
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS	42
ANEXOS.....	49
ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	50
APÊNDICE.....	51
APÊNDICE A – Descrição dos artigos da amostra segundo número, título, autores, região onde foram desenvolvidas as pesquisas e ano de publicação. Campina Grande, 2016.	51

MULHER

*“Infinita na sua graça!
Dedicada com a família,
Luta pela vida, dando vida.
Soberana atuante criatura.
Nada é fácil, mas não desiste,
Cheia de esperança corre,
Busca sempre novos sonhos
E ama com muita perfeição.
Seu papel é brilhante.
Educa na sua forma,
Se destaca na beleza,
Encanta uma platéia.
A mulher está em toda parte
Destacada como guerreira,
Companheira, amiga do parceiro,
Consagrada por Deus.
O mundo sem mulher não existe.
Seu reflexo ficará apagado.
Sua missão é iluminar:
Nunca deixar amor faltar”.*

(Maria de Fátima Lúcia Santana)

1. INTRODUÇÃO

A mulher vem conquistando espaço na sociedade, devendo a ela, ser ofertada uma atenção especial (CARVALHO, 2011) no tocante à saúde, principalmente quando o tema em questão direciona-se a gestação. Nesta fase da vida da mulher, ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas e psicológicas, devendo ser priorizado o atendimento de pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), no qual este valorize seus sentimentos e promova uma escuta qualificada (VIELLAS *et al*, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) acrescenta que também o pré-natal deve ser permeado por condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, no qual se realize prevenção e detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional, bem como, seja proporcionado o estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto (BRASIL, 2013).

Além disso, é importante que o profissional de saúde forneça às gestantes informações necessárias e verídicas quanto aos tipos de partos (vaginal e cesariana) e seus benefícios e riscos (MANDARINO *et al*, 2009). Estas informações podem ser repassadas individualmente e também através de grupo de gestantes em um ambiente interdisciplinar, interativo, dinâmico e complexo, direcionado à promoção de saúde, ao cuidado humanizado e à autonomia dos participantes (ZAMPIERI *et al*, 2010), pois, cabe à mulher decidir juntamente com o profissional qual o melhor para ela e para o bebê (MANDARINO *et al*, 2009).

Nesse contexto, a comunicação é um recurso essencial na assistência à saúde, com vistas ao estabelecimento de confiança e a vinculação do usuário ao profissional, e conseqüentemente ao serviço de saúde (BARBOSA *et al*, 2011).

Contudo, observa-se que o papel do pré-natal de ofertar orientações tem sido insuficiente em relação aos tipos de parto (VIELLAS *et al*, 2014). Tal fato pode ser observado nos baixos índices de cesarianas quando são prestados os cuidados, apoio, e orientações precisas e claras durante todo o período pré-natal e, especialmente, durante o trabalho de parto, devido à aceitação da dor como processo fisiológico de nascimento (SANTOS *et al*, 2010).

Nesta perspectiva, também é importante considerar às influências que os profissionais de saúde têm sobre a gestante, pois a mulher orientada pode ter a decisão do tipo de parto respeitada, mas em caso contrário, à mulher transfere o poder decisório para o médico que a assiste (PEREIRA, 2011).

Considera-se também que a escolha do tipo de parto pode advir da influência profissional e do contexto cultural que a mulher está inserida, bem como, pela medicalização representar uma solução prática para superar os problemas encontrados dentro do próprio sistema de saúde (SOUZA; CASTRO, 2014). E isto implica na quebra da autonomia que acontece em meio a dúvidas não sanadas e uma visão de parto fragilizada (PEREIRA, 2011).

Contudo, a opção pela cesariana não é apenas por influência do médico, mas de toda uma crença lançada ao risco de parir naturalmente, como ausência de garantias de que a mulher terá controle sobre seu processo de parturição, a vaga na maternidade ou mesmo o medo da dor (LEAL *et al*, 2014).

Essa evidência resulta do despreparo das parturientes para o parto vaginal, uma vez que ocorre a ausência de adesão dos profissionais à Política de Humanização do Parto. Segundo esta, a parturiente tem direito a orientações acerca do trabalho de parto e parto e a presença de um membro da família deve ser estimulada durante o parto, quebrando a angústia presente na gestante e fortalecendo o mecanismo do parto fisiológico (WEIDLE *et al*, 2014).

Realizar um parto de forma humanizada significa colocar a mulher no centro e no controle da situação, sendo a mesma o sujeito das ações, ocasionando o poder de participar intimamente e de forma ativa das decisões sobre seu próprio cuidado, fazendo com que a equipe atue como facilitadora do processo fisiológico (SILVA *et al*, 2011).

Porém, está ocorrendo um uso crescente de inovações tecnológicas de saúde, medicalização da assistência à gestação e ao parto, com consequentes intervenções desnecessárias e violência obstétrica. Assim, a questão da medicalização deve ser encarada como um entrave para o setor saúde, pois representa a desumanização do cuidar e a perpetuação do ciclo de opressão pelo próprio sistema de saúde (SOUZA; CASTRO, 2014).

Nesta perspectiva e contrária a medicalização do parto surge no cenário obstétrico, à enfermeira obstetra, onde a mesma é vista como única profissional não médica, que tem sido associada com um saber/fazer direcionado a possibilidade de reintroduzir o parto fisiológico como um fenômeno no qual a mulher seja a protagonista (VARGENS *et al*, 2008).

Essas profissionais também possuem formação holística e procuram atuar de forma humanizada (MOURA *et al*, 2007). Para isso, elas também devem promover a adequação do espaço e ambiência apropriada para a promoção do trabalho de parto, parto e nascimento fisiológico (BRASIL, 2013).

Contudo, a existência da dificuldade do trabalho em equipe cria um ambiente de isolamento e não compartilhamento das experiências e, particularmente, no Brasil, leva a

quase exclusão do personagem da enfermeira obstetra do atendimento ao parto, na contramão do que acontece em países desenvolvidos (LEAL *et al*, 2014).

Ante ao exposto, este estudo foi motivado pelo questionamento: Qual a caracterização da produção científica sobre a assistência da enfermagem obstétrica, disponibilizada em periódicos online, no período de 2005 a 2014, com ênfase nos enfoques abordados?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a produção científica sobre a assistência da enfermagem obstétrica no parto em periódicos online, de 2005 a 2014.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a produção científica nacional e internacional sobre a enfermagem obstétrica no parto;
- Identificar por meio da revisão integrativa as atividades realizadas pelo enfermeiro obstetra que favorecem o parto vaginal.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Inversão de valores: parto cesáreo como protagonista no cenário brasileiro

O excesso de indicações para partos cesáreos passou de solução inicial para problemas com consequências negativas, pois houve um aumento na incidência de cesarianas, com indicações precoces, criando um incremento na morbidez e nos custos da assistência à parturiente (WEIDLE *et al*, 2014).

Estima-se que, em média, realizam-se anualmente no Brasil em torno de 560.000 cesarianas consideradas desnecessárias, provocando um desperdício de quase R\$84.000.000,00 e a ocupação de leitos hospitalares sem necessidade (ZORZETTO, 2006).

Esse número de cesarianas desnecessárias somadas as que são indicadas corretamente, representam um percentual de 43% dos partos realizados no Brasil nos setores público e privados. O resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo o MS em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2013, aponta que das mulheres que fizeram parto cesáreo, 53,5% tiveram o parto agendado com antecedência, ainda no período do pré-natal (BRASIL, 2015).

A pesquisa aponta que pelo sistema privado o percentual de mulheres que tiveram os partos agendados foi de 74,16% e no Sistema Único de Saúde, foram 35,79% (BRASIL, 2015). Contudo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que apenas 15% do total de partos realizados sejam cesáreos (BRASIL, 2015).

Pode ser evidenciada a elevação no número de partos através das tabelas 1 e 2, onde a quantidade de partos normais atinge um total de 6.457.211 e cesáreos um total de 7.713.801, realizados no período de 2009 – 2013, (DATASUS, 2016).

Nota-se que, no ano de 2009 o número de nascimentos por partos normais obteve os maiores índices no cenário nacional na região Nordeste, onde atingiu um total de 485.768 partos realizados, já no ano de 2013, a região Sudeste obteve a maior taxa na realização de partos normais, atingido um total de 437.190 (DATASUS, 2016).

Observa-se que, entre 2009 a 2013, o número de nascimentos por partos cesáreos obteve os maiores índices no cenário nacional na região Sudeste onde no ano de 2009 o total de partos foi de 630.996 chegando a 702.295 no ano de 2013, atingindo 43,6% de partos cesáreos realizados no período de 2009 – 2013. Já a região Norte apresenta, no ano de 2009, a menor taxa na quantidade de partos cesáreos realizados, perfazendo um total de 122.058

bem como, a mesma apresenta, para o ano de 2013, a menor taxa na quantidade de partos cesáreos realizados, chegando a um total de 658.689, prevalecendo com menor índice de 8,5% no período de 2009 – 2013 (DATASUS, 2016).

Tabela 1 – Quantidade de parto normal realizado no período de 2009-2013.

REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
NORTE	166.440	159.717	161.823	154.028	153.233	795.241	12,3
NORDESTE	485.768	449.058	438.844	412.977	397.816	2.184.463	33,8
SUDESTE	477.311	463.153	455.764	443.772	437.190	2.277.190	35,3
SUL	159.208	153.291	149.292	144.529	142.759	749.079	11,6
C. OESTE	95.774	92.293	90.698	86.439	86.034	451.238	7,0
TOTAL	1.384.501	1.317.612	1.296.421	1.241.745	1.217.032	6.457.211	100

Fonte DATASUS (2016)

Tabela 2 – Quantidade de parto cesáreo realizado no período de 2009-2013.

REGIÃO	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL	%
NORTE	122.058	126.416	132.108	135.678	142.429	658.689	8,5
NORDESTE	352.522	367.773	386.490	397.003	404.569	1.908.357	24,8
SUDESTE	630.996	651.080	676.420	695.659	702.295	3.356.450	43,6
SUL	204.154	214.405	226.614	235.028	242.203	1.122.404	14,5
C. OESTE	122.369	126.352	132.974	140.911	145.295	667.901	8,6
TOTAL	1.432.099	1.486.026	1.554.606	1.604.279	1.636.791	7.713.801	100

Fonte DATASUS (2016)

Nota-se que o número de nascidos vivos no período de 2013 na região nordeste por partos vaginal fora em um total de 397.816 e o número de partos por via cesárea atingiu 404.569 partos (DATASUS, 2016).

Na Paraíba o número de partos normais realizados em hospitais no ano de 2012 correspondeu a um total de 24.750 partos, enquanto que no ano de 2013, fora em um total de 24.573 partos. Já o número de partos cirúrgicos no de 2012 foram correspondente a um total de 31.532 partos, enquanto que no ano de 2013, essa via de parto atingiu o quantitativo de 31.829 partos, evidenciando o decréscimo na realização do parto natural e aumento no quantitativo de partos cesáreos realizados no Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2016).

Estes números são relevantes, principalmente quando se trata de parturiente primípara, pois segundo Mandarino *et al* (2009), a via do primeiro parto é crucial como determinante da escolha do tipo de parto futuro, pois erroneamente, é senso comum tanto entre médicos como entre as mulheres, que “uma vez cesárea, sempre cesárea”.

Não obstante a elevação de partos cesáreos há ainda as complicações decorrentes do mesmo e essas são frequentes em países em desenvolvimento (SZWARCOWALD, 2010).

Tais complicações podem ser evitadas se os partos cirúrgicos fossem realizados quando houvesse a real necessidade de seu procedimento, beneficiando o binômio mãe-bebê, como por exemplo, apresentações pélvicas; o sofrimento fetal; fetos com baixo peso e herpes genital ativo; placenta prévia; descolamento prematuro da placenta e distócias (ANS, 2008).

Sem considerar essas indicações clínicas, as indicações de cesárias podem implicar em um maior risco de mortalidade materna (BRASIL, 2012) no qual, a medicalização do parto atua como fator contribuinte.

3.2 A medicalização do parto: o protagonismo e autonomia da mulher

O estudo da cesariana e das intervenções médicas sobre o corpo da mulher permite compreender as representações sociais que a sociedade, a mulher e o próprio médico formulam a respeito da saúde-doença, em um contexto em que os papéis sociais da mulher são construídos culturalmente (PEREIRA, 2011).

A autonomia das mulheres vem ganhando força, adquirindo respeito e o novo papel da mulher na família e na sociedade, contribuem para a progressiva participação feminina na escolha da via de parto, presumindo-se que a inclusão de suas preferências na decisão estaria influenciando o aumento de cesáreas no mundo (LEGUIZAMON JÚNIOR, 2013).

Contudo, é importante considerar que o exercício da autonomia depende de condições culturais, sociais, econômicas, sendo as pessoas movidas por sua própria vontade ou pela vontade do meio externo (WEIDLE *et al*, 2014). Outrora, a aparente liberdade outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada de falta de informação adequada sobre os riscos envolvidos nos procedimentos ao parto e ao nascimento (MANDARINO, 2009).

A decisão acerca da via de parto deve ser baseada nos diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras (SILVA *et al*, 2014). Contudo, a escolha da via de parto costuma causar grande discussão clínica, no qual, a parturiente

frequentemente não participa da mesma, sendo ela apenas informada da decisão (PEREIRA, 2011).

Se tratando da “cultura cesariana no Brasil”, o parto operatório passou a significar para a parturiente e sua família um atendimento médico diferenciado, e para o obstetra, maior controle do ato médico e de seu horário de trabalho (MANDARINO *et al*, 2009).

Além disso, o sistema de remuneração do médico no setor privado é por procedimentos realizados, em contrapartida, nos serviços públicos o salário é fixo, este fato pode ter influência durante a decisão da escolha da via de parto (GAMA *et al*, 2014). No setor de saúde suplementar a relação assimétrica médico-paciente, dificulta na decisão do tipo de parto, contribuindo para taxas de cesarianas excessivas (BRASIL, 2012).

Do mesmo modo, a pouca ou nenhuma orientação durante o pré-natal sobre as reais indicações de cesariana, os benefícios e desvantagens de cada tipo parto, associado ao avanço científico e ao aprimoramento da técnica cirúrgica, caracterizando o modelo de assistência médica fortemente determinante da opção pelo parto operatório (MANDARINO, 2009).

A compreensão do parto durante os últimos anos foi modificada. Passou de acontecimento natural do sexo feminino, para um evento técnico e medicalizado, mitificando o parto vaginal numa ocorrência desconhecida e amedrontadora para as mulheres, contribuindo para a conveniência dos profissionais de saúde em interferir na escolha da gestante (WEIDLE *et al*, 2014).

Além disso, a escolha das gestantes pela via de parto cesáreo decorre pelo sentimento do medo ou por acreditar que durante a realização do procedimento cirúrgico a mulher recebe uma assistência mais cuidadosa (SILVA *et al*, 2014). Contudo, o medo não é justificável pelo o aumento na escolha pelo parto operatório, uma vez que o desconforto vivenciado pelas parturientes durante o trabalho de parto e no pós-parto, não é muito diferente entre as duas vias de parto (MANDARINO *et al*, 2009).

Assim, as mulheres em sua maioria, desconhecem a real importância do trabalho de parto, onde o mesmo corrobora para a maturidade e o bem-estar do conceito e para o organismo materno. E essas, carentes de informação durante sua assistência pré-natal, acreditam que o trabalho de parto caracteriza-se uma etapa exclusiva do parto normal, sendo um sofrimento desnecessário quando a opção é a cesárea (PEREIRA *et al*, 2011).

O conhecimento das gestantes relaciona-se como as informações sobre o assunto, são disponibilizadas para as mesmas. Nesse sentido, o pré-natal existe como um instrumento

educativo de alto potencial, que pode contribuir para a autonomia da mulher, contudo sua importância é pouco entendida pelos próprios profissionais (SILVA *et al*, 2014).

3.3 O papel da enfermeira obstetra na assistência ao parto

Com vista à promoção de um parto humanizado, a figura da enfermeira obstetra vem ganhando espaço, pois a mesma passou a ser vista pela sociedade com um elemento que atua compreendendo o parto como processo fisiológico, culminando na diminuição de cesáreas e morbimortalidade materna e neonatal (SENA *et al*, 2012).

Assim, o papel da enfermeira na assistência à saúde é reconhecido internacionalmente, não só no que diz respeito à tradição dos profissionais obstetras na assistência materna, mas também no enfoque preventivo que permeia a assistência à gestante, parturiente e puérpera prestada por este profissional (VERSIANI *et al*, 2013).

Além disso, a enfermagem obstétrica tem contribuído em uma assistência desmedicalizada, como também resgate a autonomia da mulher na parturição (ÁVILA, 2012), promovendo a humanização da assistência ao parto, como forma de respeitar os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias. Esses profissionais, também estão voltados aos aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofertando suporte emocional a mulher e a sua família, garantindo-lhes os direitos de cidadania (BUSANELLO *et al*, 2011).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (MS) vem desde 1998, capacitando e qualificando as enfermeiras obstétricas para a sua inserção no cenário da assistência ao parto normal, estas qualificações acontecem através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para a inclusão do parto normal assistido por este profissional na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (PORFÍRIO *et al*, 2010).

Do mesmo modo, o MS e outros órgãos não governamentais, reconhecem os enfermeiros obstetras como profissionais que possuem formação holística e procuram assistir a parturiente de forma humanizada (PEREIRA *et al*, 2014). Para tanto, as enfermeiras obstétricas passaram a utilizar técnicas favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto e práticas não farmacológicas para o alívio da dor, passando a chama-las de tecnologias do cuidado de enfermagem obstétrica (SENA *et al*, 2012).

Por isso, a presença do enfermeiro obstetra na assistência ao processo de parir/nascer é uma necessidade indispensável, objetivando a superação da cultura biomédica que sustenta o

processo de medicalização do parto e conseqüentemente atuando de forma mais humanizada (VELASQUE *et al*, 2011).

Contudo, a formação e atuação do enfermeiro obstétrico no Brasil passam por problemas, sejam elas relacionadas à falta de autonomia e visibilidade ou mesmo a dificuldade para assumir um perfil estreitamente assistencial. Além do mais, o trabalho deste profissional não se torna mais efetivo por falta de investimento e valorização do sistema de saúde e pelo número reduzido de profissionais técnicos e politicamente atuantes (NARCHI *et al*, 2013).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Como forma de responder aos objetivos, o estudo é uma Revisão Integrativa de Literatura (RIL). Dar-se esse nome, pois a mesma inclui realizar análises de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES, 2008).

Para o desenvolvimento da RIL é necessário que sejam desenvolvidas seis etapas distintas, como apontam Souza, Silva e Carvalho (2010) e Mendes (2008): 1 – elaboração da pergunta norteadora; 2 – busca ou amostragem na literatura; 3 – coleta de dados; 4 – análise crítica dos estudos incluídos; 5 – discussão dos resultados; 6 – apresentação da revisão Integrativa.

Para a análise dos dados será utilizado a abordagem qualitativa, que de acordo com Minayo (2008) se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Lopes e Fracolli (2008) acrescentam que essa abordagem é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

4.2 Critérios para a escolha da amostra da investigação

Para delimitação da amostra, foi feita uma pesquisa em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), no mês de julho do ano de 2015.

Para isso, utilizou-se como estratégia de busca os descritores em ciências da saúde “enfermagem obstétrica” and “parto” and “assistência” com as respectivas traduções para o

inglês (“*nursing obstetric*” and “*parturition*” and “*assistance*”) e para o espanhol (“*partería*” and “*parto*” and “*assistencia*”).

A amostra foi definida utilizando os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, nos idiomas português, espanhol e inglês, com recorte temporal de 10 anos (2005 – 2014);
- Artigos disponíveis on line e na íntegra.

Na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores “Enfermagem obstétrica” AND “parto” AND “assistência”, utilizando os filtros para texto completo disponível; artigo; idiomas no português, inglês e espanhol; anos de publicação de 2005 – 2014 e periódicos publicados no Brasil; obteve-se 137 trabalhos, no qual, após leitura do resumo, 110 artigos foram eliminados, por repetição ou fuga do objetivo de estudo. A amostra ficou totalizada de 27 artigos.

Com os descritores “*Nursing obstetric*” AND “*Parturition*” AND “*Assistance*”, utilizando-se dos mesmos filtros descritos anteriormente, 9 trabalhos foram apreciados, 3 foram selecionados e 6 foram eliminados por repetição ou fuga do objetivo deste estudo. Já com os descritores “*Partería*” AND “*Parto*” AND “*Assistencia*”, valendo-se dos mesmos filtros anteriormente citados, obtivemos 29 trabalhos mostrados, 1 fora selecionado e 28 eliminados por fuga do objetivo deste estudo.

Na Base de dados LILACS com os descritores “Enfermagem obstétrica” AND “Parto” AND “Assistência” obtivemos 37 trabalhos, selecionamos 2 trabalhos, 15 foram eliminados por repetição e 20 foram eliminados por serem inapropriados com os objetivos propostos no estudo. Com os descritores “*Nursing obstetric*” AND “*Parturition*” AND “*Assistance*”, dos 2 trabalhos apreciados e eliminados por repetição. Já com os descritores “*Partería*” AND “*Parto*” AND “*Assistencia*”, 8 trabalhos mostrados foram eliminados por repetição ou fuga do objetivo deste estudo.

O SciELO não teve nenhum artigo selecionado por não conter trabalhos com os descritores utilizados no português e no inglês; utilizando os descritores no espanhol 1 artigo foi apreciado, contudo o mesmo fora descartado por apresentar inadequação aos objetivos.

A busca proporcionou uma amostra inicial de 223 trabalhos e uma amostragem final composta por 33 estudos que foram enumerados de 1 a 33 conforme a ordem alfabética.

Após o acesso ao texto completo desses 33 estudos, os mesmos foram lidos na íntegra, sendo 1 eliminado por não condizer com os objetivos do estudo em questão e 32 compuseram

a amostra final deste estudo. Assim, após esse procedimento, as produções científicas selecionadas foram identificadas com números sequenciais de um a trinta e dois. Posteriormente, esses artigos passaram por uma avaliação criteriosa, de modo a compor um fichamento baseado no instrumento de coleta de dados que conteve as seguintes questões: identificação numérica do artigo - título; ano; método; objetivo(s); resultados iniciais; região do Brasil e referência.

Assim, obteve-se como amostra final artigos indexados na BVS e LILACS que preenchiam os critérios acima, perfazendo um total de 32 artigos. Conforme evidenciado o quadro abaixo.

Quadro 1 – Número de estudos encontrados, pré-selecionados, descartados e incluídos, segundo as bases de dados eletrônicas. Campina Grande, 2016.

N° estudos Bases/ Banco de dados	Encontrados	Pré- selecionados	Excluídos	Incluídos
BVS	175	31	1	30
LILACS	47	2	0	2
SciELO	1	0	0	0
TOTAL	223	33	1	32

No quadro 1 está relacionado o total de artigos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos, a partir da estratégia de busca.

4.3 Coleta de dados

Para realização da coleta dos dados desenvolveu-se um instrumento (ANEXO A), com a finalidade de extrair dados dos artigos incluídos para a posterior análise dos dados. O instrumento continha informações sobre título, autoria, ano de publicação, metodologia, objetivos e resultados dos estudos.

4.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi feita mediante a leitura crítica e qualitativa dos artigos da amostra. A partir de então, foi possível estabelecer convergências e agrupar em eixos temáticos. Essa etapa baseou-se na análise temática de conteúdo através da técnica proposta por Bardin (2011), que refere ser um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. Na visão da autora, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e tem duas funções: verificação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

Franco (2005) corrobora com o exposto quando aponta a análise de conteúdo como processo da pesquisa que ocorre em um traçado mais vasto da teoria da comunicação centrando-se na mensagem e permitindo ao pesquisador fazer intervenções sobre esse elemento da comunicação. A mesma define intervenções como “a fonte emissora; o processo codificador que resulta em uma mensagem; o detectador ou recipiente da mensagem; e o processo decodificador.” (2005, p. 25).

Silva (2005) apresenta a utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, e finalmente na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos.

5. DICUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Características levantadas nos estudos analisados

No apêndice A encontra-se o quadro 2 está contido o número correspondente a cada artigo, bem como está composto por título, autor, região onde fora desenvolvida a pesquisa e o ano.

Através da análise do quadro 2, foi possível perceber que a maioria dos estudos realizados, estão concentrados na região sudeste, contando com 17 trabalhos concretizados, onde foram desenvolvidos principalmente no estado do Rio de Janeiro; seguidamente da Região Sul, com 9 pesquisas; Nordeste, com 5 pesquisas concretizadas e a Região Norte, com a apenas 1 pesquisa feita.

Apesar do número trabalhos apreciados, percebe-se que os estudos estão concentrados principalmente na Região Sudeste, o que permite dizer que ainda se fazem necessárias mais pesquisas nas outras regiões, principalmente, nas regiões Nordeste e Norte.

Ao verificar o ano de publicação, constatou-se que o ano de 2013 teve o maior número de publicações, contando com 6; seguidamente os anos de 2011 e 2012, contando com 5 cada; os anos de 2009 e 2014, com 4 cada; os anos de 2008 e 2010, com 3 e; o ano de 2006 com 2 publicações.

A seguir, serão apresentadas as categorias temáticas emergentes através da leitura dos artigos, a saber: Legalização do exercício profissional da enfermagem obstétrica; Dificuldades encontradas pela categoria para desenvolvimento de sua práxis; Humanização: cuidados que proporcionam segurança à parturiente.

Ressalta-se que os artigos utilizados nessa fase desta revisão integrativa, encontram-se agrupados conforme tabela abaixo:

Tabela 3 – Distribuição dos artigos conforme as categorias temáticas

Categorias Temáticas	Nº	%	Nº dos Artigos
----------------------	----	---	----------------

Legalização do exercício profissional da enfermagem obstétrica	12	37,5	1, 5, 7, 8, 9, 12, 15, 18, 20, 22, 30, 32.
Dificuldades encontradas pela enfermagem obstétrica para desenvolvimento de sua práxis	17	53,1	2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 29, 32.
Humanização: cuidados que proporcionam segurança à parturiente.	19	59,4	2, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31.

Categoria 1: Legalização do exercício profissional da enfermagem obstétrica

A história da assistência ao parto era inicialmente realizado no domicílio por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadre ou mesmo parteiras leigas. Contudo, no final do século XVI, com o surgimento do fórcepe obstétrico a profissão das parteiras entrou em declínio (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Diante disso, o nascimento do fórcepe obstétrico influenciou a aceitação da obstetrícia como uma disciplina, fazendo do médico uma figura imprescindível. Com isso, seu uso permitiu a intervenção masculina e a substituição do modelo não intervencionista pela ideia do parto como um ato controlado pelo homem (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Não obstante ao surgimento da intervenção médica, ocorrera também a mudança na posição da mulher no parto, onde a mesma passou de vertical para horizontal no século XVII com a justificativa de que esta era mais confortável para a parturiente e para o profissional assistente do parto, representado pelo médico (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007).

Em relação à enfermagem, a mesma foi regulamentada em meados do século XIX no Brasil, sofrendo inúmeras modificações, ganhando espaço e respeito no âmbito da saúde, principalmente no que concerne à saúde da mulher (SENA *et al*, 2012).

Não obstante, o Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, no Brasil, conferiu a titulação de obstetra para as enfermeiras formadas entre 1922 e 1925 (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Posteriormente, em 1949, as enfermeiras obstétricas passaram a serem formadas pelas as escolas de enfermagem, sendo que a portadora do diploma poderia frequentar o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, e ao final de um ano, receber o certificado de enfermeira obstétrica (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010).

Em 1955 foi sancionada a lei nº 2.604 que vem regular o exercício da Enfermagem ao mesmo tempo em que vem diferenciar a obstetra das outras categorias, atribuindo-lhe atividades exclusivas (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Isto posto, em 1984, o MS implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), propondo incluir a assistência à mulher em todas as etapas de sua vida baseado nos princípios do direito à saúde, da integralidade da assistência e da equidade de gênero (DUARTE; ANDRADE, 2008).

À vista disso, a OMS, com o objetivo de promover um melhor atendimento as parturientes, preconiza que a assistência prestada para mãe e crianças saudáveis seja com o mínimo de intervenções, não interferindo no processo fisiológico (SILVA *et al*, 2013).

Diante disso, desde 1999, o MS fomentou técnica e financeiramente cursos de especialização em enfermagem obstétrica por perceber o pequeno número de profissionais atuantes no início deste século, ainda que se estime que o número de partos realizados por este profissional seja superior ao registrado no SUS (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

A implantação e financiamento dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica (CEEEO) em todo o país, por intermédio da Área Técnica de Saúde da Mulher, a partir de 1999, fez o Ministério da Saúde reconhecer a importância da atuação do enfermeiro obstetra na implementação da Política de Saúde da Mulher, a qual deu origem ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que busca assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (COSTA; SCHIRMER, 2012).

Deste modo, observou-se que após a capacitação dos enfermeiros através dos CEEEO, os mesmos passaram a prestar uma assistência de qualidade, resultante da aquisição de conhecimento, da discussão das práticas e suas implicações, da compreensão ampliada das atividades, da transmissão do conhecimento geral, para a equipe de Enfermagem (VIEIRA; MOURA; ALVES, 2013).

Os CEEOs trouxeram reflexões dos egressos relativas à sua prática e à assistência obstétrica médica. Do mesmo modo, também foram identificados esses profissionais como implicações positivas para a qualidade da assistência, visto que propiciam inquietações e buscam respostas na formação, na profissão, nas políticas institucionais e nas propostas ministeriais.

Assim é possível que os CEEOs apresentem uma reflexão pessoal e profissional aos enfermeiros no sentido do aprimoramento do trabalho e, conseqüentemente, da melhoria da assistência à mulher antes, durante e após a gravidez (VIEIRA; MOURA; ALVES, 2013).

Outro ponto chave que motivou a criação dos CEEOs, era que os profissionais capacitados atuassem no Sistema Único de Saúde. Este fato está em consonância com o estudo realizado por Pereira, Nicácio (2014), onde aponta que 73,7% das enfermeiras egressas do curso de residência, trabalha na área obstétrica do SUS (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Este percentual foi maior que os encontrados em outras pesquisas com ex-alunas dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, 37% e 52,5% (FERREIRA; ROCHA; NUNES, 2009). Essas enfermeiras egressas atuam na assistência ao parto normal - 7 (36,8%), ao pré-natal - 5 (26,3%), às emergências obstétricas - 5 (26,3%), no transporte móvel de urgência - 3 (15,8%) e na assistência ao puerpério - 2 (10,5%) (PEREIRA; NICÁCIO, 2014).

Outro estudo que discorre sobre a formação do enfermeiro obstetra no Brasil demonstrou que o vínculo empregatício dos egressos do CEEO, ofertado gratuitamente e apoiado pelo Ministério da Saúde, era que dos 127 egressos, 107 (84,3%) referiram atuar na área da mulher e 18 (14,2%) não atuavam, justificando esse fato por: exercício de cargo administrativo (4;22,2%) ou falta de oportunidade (4;22,2%), dentre outros argumentos (COSTA; SCHIRMER, 2012). Esse resultado atendeu ao objetivo do CEEO de capacitar enfermeiros para atuação na assistência ao parto e nascimento.

Não obstante, anteriormente ao favorecimento da criação dos CEEOs, o Decreto n. 94.406, de 8 de Junho de 1987, regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, no que diz respeito às atribuições do Enfermeiro Obstetra (COREN, 1986).

Na Resolução COFEN 223/1999, consta que cabe ao enfermeiro obstetra, prestar assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; acompanhamento da evolução e do trabalho de parto e execução e assistência obstétrica em situação de emergência; compete ainda: identificação das distócias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-

científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho (COREN, 1986).

Não obstante, o Ministério da Saúde através da portaria nº163, de 22 de setembro de 1998, atribuiu ao enfermeiro a possibilidade de emissão de laudos de internação e inclusão desse profissional na tabela de pagamento no SUS, bem como na portaria nº 985, de agosto de 1994, criou o Centro de Parto Normal (CNP) e definiu o enfermeiro obstetra como membro necessário na composição da equipe (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2010).

Os CPN constituem-se em unidades de atendimento ao parto natural, localizados fora do centro obstétrico, tendo o enfermeiro obstétrico importante papel no desenvolvimento do trabalho de parto e parto de baixo risco atendido nesse ambiente (MACHADO; PRAÇA, 2006).

O Ministério da Saúde incluiu ainda, na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, através da Portaria nº2.815 de 29 de maio de 1998, o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra” e a mesma tem como finalidade reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional no contexto de humanização do parto (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010).

Foi possível perceber que o respaldo legal é uma condição para fazer valer os direitos do enfermeiro obstetra e, por consequência, a autonomia para a assistência à saúde à mulher. Tal fato é notado quando para os egressos, a certificação e a comprovação do conhecimento adquirido por meio da teoria e da prática, bem como empoderamento profissional advindo desse aprendizado para a sua autonomia frente às ações referentes à área e na inter-relação e articulações com a instituição de saúde e seus colegas de equipe (VIEIRA; MOURA; ALVES, 2013).

Mais recentemente, em 2009, como uma forma de valorização e reconhecimento dos partos domiciliares, fora criada a portaria nº 116 que regulamentou e ampliou a competência das enfermeiras obstétricas, obstetrizes e parteiras tradicionais na emissão de declaração de Nascimento por profissionais de saúde nos partos domiciliares (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2010).

Frente tais fatos, pode-se observar que o apoio governamental, com a criação das Leis, Decretos e Portarias, favoreceu a posição do enfermeiro obstétrico no seu campo de trabalho.

Entretanto, outros estudos apontam que alguns profissionais não exercem o papel com segurança em virtude do não conhecimento dos aspectos legais que lhes assegura, contudo, Winck; Bruggemann e Monticelli (2010), afirmam que ninguém pode alegar o

desconhecimento da lei como tese de defesa, pois a alegação de que esqueceu ou não foi informada sobre a legalidade de suas condutas é completamente inaceitável, uma vez que é dever do profissional buscar e conhecer a legislação específica de seu exercício profissional.

Isto posto, mostra a necessidade dos enfermeiros adquirirem conhecimentos, saberes e, principalmente, exercício reflexivo, por meio do qual os sujeitos mobilizam um conjunto de valores, aprendizagens e habilidades em favor das situações.

Em detrimento de todas essas evidências, verifica-se que os enfermeiros estão sendo capacitados e assegurados legalmente para o desenvolvimento de suas ações, e estas são essenciais para melhorar os indicadores da assistência prestada a mulher, como mostra Narchi (2009):

... o conjunto de atividades assinaladas pelos enfermeiros qualifica a atenção e dá valor ao trabalho que realizam, sendo possível inferir que sem sua participação, a atenção ao parto resultaria em piores indicadores de qualidade assistencial materna e perinatal como, por exemplo, altos índices de intervenções e de partos cirúrgicos, haja vista os 32% de cesáreas no único hospital em que os partos são assistidos apenas por médicos....

Desta maneira, a morbimortalidade materna, é um forte indicador crítico da saúde materna no Brasil, onde este serve para avaliar as condições de vida e saúde da população feminina. Essa situação é desencadeada por diversos fatores como: condições inadequadas de saúde para esse grupo; acesso das usuárias aos serviços de saúde, em nome de um parto mais seguro e a alta de pessoal qualificado, como o enfermeiro obstetra, para o atendimento ao ciclo gravídico-puerperal, e em especial ao parto normal sem distócia.

Para tanto, é necessário que as autoridades governamentais rompam com o paradigma intervencionista-medicalizado, buscando resgatar o papel da mulher como protagonista da ação, buscando assim a promoção de um parto natural fisiológico. Tal fato pode ser observado quando Velho; Oliveira e Santos (2010) colocam que a prática assistencial do enfermeiro obstetra busca redirecionar o parto normal como evento fisiológico, natural, proporcionando para a mulher e sua família grandes significados.

Categoria 2: Dificuldades encontradas pela enfermagem obstétrica para desenvolvimento de sua práxis

No Brasil, o exercício da enfermagem é assegurado pelo art. 5 da Constituição da República Federativa do Brasil, inciso XIII, onde a enfermeira é livre para a execução de

qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer (SILVA *et al*, 2013).

No tocante as práticas obstétricas há enfermeiros que encontram dificuldades para exercerem seu trabalho em virtude, por exemplo, da falta de reconhecimento da instituição, das autoridades governamentais e da própria equipe de enfermagem; insatisfação profissional e excesso de trabalho, seja este na mesma instituição, acumulando tarefas burocráticas e assistenciais ou com duplo vínculo empregatício e; estrutura inadequada dos Centros de Parto Normal (CPN), dos Centro Obstétricos (CO), maternidades e Casas de Parto (CP) (NARCHI, 2009).

Do mesmo modo, a atual hegemonia médica e o modelo medicalizado do parto também contribui negativamente para o trabalho do enfermeiro obstetra, pois com a inserção deste na instituição, houve conflitos de classes (GARCIA; GARCIA; LIPPI, 2010), já que, os enfermeiros passaram a compartilhar funções e competências que outrora eram exclusivas dos médicos (PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011).

Observa-se uma não aceitação e discriminação velada da equipe e da instituição, marcada pela ausência de interdisciplinaridade, acarretando em falta de espaço para a atuação do enfermeiro, especialmente na assistência ao parto (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2010).

Além disso, para a hegemonia médica, desmedicalizar o parto implica perda de poder, abandonar rotinas que adequem o trabalho de parto ao modo de funcionamento do hospital, adotando outras que privilegiem o acompanhamento de sua fisiologia, significando perder o controle (NARCHI, 2009).

Desse modo, o estigma dos médicos para com os enfermeiros, advém dos juízos provisórios da ultrageneralização médica, que reage às práticas da Enfermagem utilizando-se da analogia às vivências anteriores e à história, e a subordinação da mulher ao homem, e da enfermeira ao médico, pelo trabalho executado a partir das ordens sem conhecimento científico (VIEIRA; MOURA; ALVES, 2013).

Desta forma, o preconceito existe desde os primórdios da História da Enfermagem como profissão, e este sobrevive até os dias atuais, visto que, historicamente falando, as tarefas femininas, sempre tiveram menor prestígio social e sempre estiveram dissociadas do saber intelectual. Este mesmo raciocínio é válido quando se analisa a presença da mulher na Enfermagem e a subordinação da classe à categoria médica, essencialmente masculina (VIEIRA; MOURA; ALVES, 2013).

Mesmo estando o enfermeiro obstetra respaldado para as suas ações, o profissional médico acredita que os enfermeiros obstetras não podem arcar com as responsabilidades da assistência ao parto normal, devendo o mesmo seguir sob sua supervisão (BARBOSA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2008).

A desinformação quanto à finalidade da atuação dos enfermeiros obstétricos e do claro receio de que os mesmos extrapolem o limite de suas competências, leva à disputa de espaço e ainda que os médicos sejam penalizados por eventuais falhas (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2010).

Entretanto, é importante ressaltar que o enfermeiro é responsável por suas atitudes e irá responder por eventuais erros no âmbito dos conselhos profissionais, assim como perante a justiça (WINCK; BRUGGEMANN; MONTICELLI, 2010).

Ademais, para uma melhor assistência à mulher é necessário uma aceitação e compreensão médica em relação à assistência de Enfermagem na área obstétrica, visando a não consolidação do preconceito e conseqüentemente, a não produção de danos e erros pela instituição e profissionais de saúde no desenvolvimento do trabalho em equipe multidisciplinar (VIEIRA; MOURA; ALVES, 2013).

Não menos importante do que a hegemonia médica, a falta de reconhecimento da instituição, das autoridades governamentais e da própria equipe de enfermagem dificulta o desenvolvimento das condutas dos enfermeiros obstétricos.

Tal fato pode ser evidenciado quando o enfermeiro encontra descaso e dificuldade de suas ações para com sua própria equipe, identificando assim, a falta de cumplicidade e corporativismo de seus parceiros (VIEIRA; MOURA; ALVES, 2013).

Diante disso, a autonomia do enfermeiro é prejudicada por conflitos decorrentes dos membros da equipe de Enfermagem, como também, da percepção de que são testados pelos auxiliares e técnicos de Enfermagem quanto à sua competência profissional (BERTI *et al*, 2008).

Não obstante a estes fatos, cabe mencionar ainda que há enfermeiros obstetras atuando em mais de uma instituição devido à demanda por profissionais experientes, como também os mesmos sentem-se desvalorizados pelos serviços públicos de saúde, por não contarem com condições dignas de trabalho e salários gratificantes (NARCHI, 2009).

A qualidade da assistência depende das condições de trabalho; de número suficiente de trabalhadores para atender à demanda e ainda da sobrecarga de trabalho que impossibilita a implementação de uma assistência integral à parturiente (BUSANELLO *et al*, 2011).

Desta forma, os enfermeiros obstetras atuantes em instituições públicas sentem dificuldade de executar suas tarefas por estarem inseridos em hospitais-escola, sendo os partos realizados pelos residentes e médicos, bem como terem mudado para a função administrativa (BARBOSA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2008).

Ademais, é necessário mencionar que as instituições deveriam receber as parturientes com um ambiente acolhedor e favorável para o desenvolvimento do trabalho de parto e parto.

Contudo, evidencia-se nos trabalhos correspondentes a esta categoria, que a estrutura inadequada das instituições que atendem às parturientes influencia no desenvolvimento do trabalho de parto e parto, bem como no trabalho do enfermeiro obstétrico.

É notável que os ambientes desfavoráveis não permitem pôr em prática, as tecnologias leves do cuidado, o que retarda o trabalho de parto e elevam o uso de ocitócitos para estimular as contrações (NARCHI, 2009).

As falhas na estrutura envolvem as limitações físicas dos serviços de saúde e a indisponibilidade de materiais e equipamentos, onde estes influenciam no desenvolvimento das ações e não cumprimento das ações preconizadas pelo PHPN (BUSANELLO *et al*, 2011).

Contudo, nas instituições que contam com uma estrutura adequada, o enfermeiro obstetra atua com autonomia e ainda mantém uma integração com a equipe de trabalho o que possibilita a colaboração e respeito mútuo entre o grupo profissional e parturiente (MOURA; LOPES; SANTOS, 2009).

Em detrimento de todas essas observações, verifica-se a necessidade do diálogo e respeito mútuo das classes que prestam serviços à parturiente como também que os enfermeiros obstetras sejam vistos como seres capazes de promover uma assistência de qualidade, pois, esse profissional se faz importante por prover de característica menos intervencionistas de seus cuidados no acompanhamento das gestações, trabalho de partos e partos normais (BARBOSA; CARVALHO; OLIVEIRA, 2008).

Categoria 3: Humanização: cuidados que proporcionam segurança à parturiente.

Humanizar significa valorizar os sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), garantindo-lhes o direito da autonomia e tornando-os protagonistas das ações.

No cenário obstétrico, a humanização surgiu como forma de proporcionar a parturiente uma assistência de qualidade, como também para reduzir as práticas intervencionistas, uma vez que as mesmas estão relacionadas com a elevação de partos cesáreos realizados no Brasil.

Nesse contexto, a humanização está atrelada a necessidade de uma mudança na cultura hospitalar, com a organização do cuidado voltado para as necessidades das mulheres e suas famílias; modificações na estrutura física, transformando o espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência, pondo a parturiente como protagonista no processo da parturição, bem como, aceitar a presença do acompanhante da preferência da parturiente. Diante disso, percebe-se que o acolhimento e o vínculo são dispositivos do cuidado que proporcionaram segurança à mulher durante o processo de parturição (SOUZA; FERREIRA; BARBOSA, 2013).

Desta maneira a essência do cuidado humanizado está modelado no vínculo entre a equipe e parturiente, sendo possível perceber que uma postura empática, acolhedora, cria e fortalece vínculos (SOUZA; FERREIRA; BARBOSA, 2013).

O fortalecimento de vínculo permite ainda que a enfermeira obstetra possa orientar a gestante quais ações podem auxiliar no desenvolvimento de trabalho de parto e parto. Este fato pode ser percebido quando as orientações fornecidas foram consideradas benéficas e representativas do cuidado da enfermagem, contribuindo para a progressão do trabalho de parto e parto (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

As principais orientações consistiram na deambulação; técnicas de respiração correta; banho de aspersão; movimentação do quadril com o auxílio da bola suíça; alívio do desconforto pela massagem (FRELLO; CARRARO, 2010); firmamento dos braços em pontos de apoio da mesa de parto (barras de apoio) e contração da musculatura abdominal (OLIVEIRA; RODRIGUES; GUEDES, 2011).

Desta maneira as enfermeiras proporcionam a parturiente uma assistência qualificada quando lhes oferecem também como medida de relaxamento e o alívio da dor, o uso da água na aspersão, a orientação para uma respiração adequada e o uso da massagem, sejam estas práticas realizadas em conjunto ou isoladamente (PORFÍRIO; PROGIANTI; SOUZA, 2010).

Cabe ressaltar ainda a importância da informação passada pelo profissional a parturiente e seu acompanhante sobre a evolução do trabalho de parto e as eventuais mudanças de conduta. Tal fato é relevante, pois através da informação é permitido à cliente em trabalho de parto expressar seus sentimentos quanto aos procedimentos com os quais não concorda,

cabendo à equipe, dentro de suas possibilidades, mudar a conduta de modo que a parturiente sinta-se segura em relação a assistência prestada (MACHADO; PRAÇA, 2006).

A assistência de enfermagem obstétrica deve promover conforto e empoderar a mulher no trabalho de parto e parto, proporcionando a mesma e a seus familiares o momento único do nascimento (GUIDA; LIMA; PEREIRA, 2013).

Além disso, percebeu-se que a sensibilidade no ato de cuidar da enfermagem, é a aliada da comunicação efetiva, que se estabelece a partir do interesse em compreender a percepção de mundo da parturiente; florescendo para a mesma autoestima, conforto, confiança, o que resulta em satisfação, facilitando o alcance da excelência do cuidado (FRELLO; CARRARO, 2010).

Não obstante, as parturientes reconheceram a importância das enfermeiras obstétricas permanecerem ao lado das mesmas, rompendo a barreira física, onde o ato de estar perto e mesmo segurar a mão favoreceram a uma relação de confiança e troca traduzido no apoio emocional e conduzindo à um melhor trabalho de parto e parto (PRATA; PROGIANTI, 2013).

Para tanto, se faz necessário na humanização da assistência ao parto que o profissional atue de forma a respeitar os aspectos fisiológicos, intervindo o mínimo possível, bem como reconheça os aspectos sociais e culturais do trabalho de parto, parto e pós-parto, oferecendo suporte emocional à mulher e sua família.

Não obstante, o parto humanizado se torna respeitoso quando a equipe profissional entende o significado daquele momento para a família e dispõe-se a ajudar, proporcionando um ambiente agradável onde à mulher possa gozar de seus direitos, podendo a mesma ter acompanhante de sua escolha (FIALHO, 2008).

Para um ambiente favorável ao desenvolvimento do trabalho de parto e parto emergiu no cenário brasileiro, os Centros de Partos Normal, onde os mesmos atendem as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria 985/99 GM (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Os mesmos são localizados fora do centro obstétrico, dispondo de elementos destinados a receber a parturiente e seus acompanhantes, permitindo um trabalho de parto ativo e participativo, empregando práticas baseadas em evidências, diferenciando-se dos serviços tradicionais (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Os mesmos têm sido considerados a representação simbólica dos ideais guiados por um paradigma próprio, opondo-se ao modelo hospitalocêntrico vigente, contudo é necessário á

transformação da cultura predominante nas instituições que prestam assistência ao parto (MOURA; LOPES; SANTOS, 2009).

O Centro de Parto Normal permite que a parturiente goze de seus direitos sendo a mesma é estimulada pela a enfermeira obstétrica a realização de práticas que estimulem a um melhor trabalho de parto e parto, bem como a parturiente está envolvida no processo decisório, aceitando ou não o que lhes for ofertado (MACHADO; PRAÇA, 2006).

Não obstante, nos Centros de Partos Normal e nas Casas de Parto Normal, outra conduta exercida pela enfermagem é a estimulação da presença do acompanhante de escolha da parturiente, bem como, a equipe incentiva a participação do mesmo no trabalho de parto auxiliando com medidas de conforto.

A presença do acompanhante é assegurada pela Lei do Acompanhante, Lei nº10.241/1999, onde esta coloca a importância da presença do mesmo junto a gestante em todas as fases fisiológicas, vivenciando juntos a experiência do nascimento (SOUSA; SOARES; QUITETE, 2014).

Para a equipe de enfermagem, a parturiente sente-se apoiada pelo acompanhante, sendo este fator um elemento importante para o acolhimento, remetendo à mulher uma sensação de tranquilidade, confiança e segurança (SOUZA; FERREIRA; BARBOSA, 2013).

A parturiente sente-se mais segura ao lado de uma pessoa em que confia, transcendendo o processo parturitivo de forma mais calma, com mais probabilidade de tornar-se sujeito, colaborando de forma efetiva para a evolução natural do trabalho de parto, bem como, destacaram a presença do acompanhante como um fator de grande influência na relação interfamiliar (PRATA *et al*, 2011).

Entretanto, alguns profissionais da equipe de enfermagem, de certo modo, opõem-se á presença do acompanhante, declarando que o mesmo pode não estar preparado para desempenhar essa “função”, o que acabaria dificultando o trabalho da equipe (SOUZA; FERREIRA; BARBOSA, 2013).

Desta forma, alguns profissionais apontaram que com a presença do acompanhante, eles modificaram suas rotinas de trabalho em virtude de uma maior exigência por parte dos mesmos e pelo fato de os profissionais sentirem-se avaliados (PRATA *et al*, 2011).

Ademais, assistência humanizada consiste em uma atenção integral a mulher e sua família, compreendendo a gestante como protagonista do evento, permitindo-lhes liberdade de escolha, como também, favorecendo um ambiente acolhedor, proporcionando a presença do

acompanhante e promovendo suporte físico e emocional (VELHO; OLIVEIRA; SANTOS, 2010).

Contudo, o modelo humanizado de assistência não é implementado integralmente na prática, em virtude de encontrar, em alguns serviços, gestantes separadas de seus companheiros ou acompanhantes, estando em ambientes estranhos e com profissionais desconhecidos e estressados, que utilizam de linguagem tecnicista durante a abordagem (SOUZA; FERREIRA; BARBOSA, 2013).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mulher necessita de uma assistência de qualidade, devendo a mesma ser tratada de forma integral, sendo respeitadas suas dúvidas e anseios, sendo este fato ainda mais importante quando a mesma está em processo de gestação.

Contudo, atualmente, observa-se a institucionalização e a medicalização do parto, sendo a mulher coadjuvante no processo da parturição, e em consequência, ocorre à elevação nos percentuais de partos cesarianos no cenário brasileiro.

Devido aos altos índices de partos cesarianos encontrados atualmente, emergiram políticas públicas para prestar a mulher uma assistência humanizada, atendendo-a de forma integral, respeitando seus anseios e desejos.

Com a criação e aprovação das políticas públicas para a humanização do parto, emergiu o enfermeiro obstétrico, tendo este papel fundamental na implantação da humanização do parto através do uso das tecnologias leves.

Ademais, atendendo ao objetivo deste estudo através da análise da produção científica sobre a assistência da enfermagem obstétrica no parto, evidenciaram-se três categorias, onde nelas foi possível discutir a respeito da legalização do exercício profissional da enfermagem obstétrica; dificuldades encontradas pela categoria para desenvolvimento de sua práxis; humanização: cuidados que proporcionam segurança à parturiente.

De acordo com os resultados obtidos, percebe-se que o enfermeiro obstétrico mesmo tendo suas ações respaldadas legalmente, encontra barreiras institucionais, físicas e estruturais para desenvolver o seu trabalho.

Entretanto, o enfermeiro obstétrico é um personagem relevante na inserção da política de humanização nas instituições, haja vista que o mesmo carrega consigo o uso de tecnologias leves do cuidado, colocando a parturiente como protagonista do parto, proporcionando um ambiente favorável para um desenvolvimento de parto e parto acolhedor para a parturiente, acompanhante e família.

Não obstante, o estudo mostra também a necessidade de investimentos na área da enfermagem obstétrica, para que os profissionais possam estar sempre se atualizando, aprimorando suas práticas, para que possam tornar ainda mais eficaz os serviços de saúde que atendem às gestantes.

Foi possível observar ainda que os enfermeiros obstétricos entendem o parto normal como um processo fisiológico, e através dessa compreensão, prestam á mulher uma assistência qualificada, fazendo-a absorver a mesma informação e conseqüentemente, diminuindo a tensão que a envolve e colocando-a como protagonista no processo de trabalho de parto e parto.

Portanto, este estudo mostra que a equipe de enfermagem obstétrica desempenha cuidado relevante durante o processo de parturição. Sendo evidente que sua presença tem importante papel no cuidado humanizado à mulher que vivencia o trabalho de parto, desenvolvendo ações que proporcionam segurança por meio da garantia do acolhimento e vínculo à mulher e ao acompanhante, fornecendo dispositivos importantes na condução da integralidade da atenção à saúde.

Em virtude de tais fatos elencados, destaca que a realização deste trabalho não esgota o estudo das dimensões em torno da contribuição da enfermeira obstétrica, da desmedicalização do parto e da implantação do modelo humanizado nas instituições que atendem as gestantes.

Desta forma, o estudo pretende contribuir para a reflexão nos demais serviços de assistência à parturiente, bem como sinaliza a necessidade de outros estudos nessa temática.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em:

http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdE_ditorialANS_O_Modelo_da_atencao_obstetrica_no_setor_da_SS.pdf.

ÁVILA, V. C. M. **Emprego das tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem nos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em maternidade filantrópica do Médio-Paraíba**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719020&indexSearch=ID>.

BARBOSA, P. G.; CARVALHO, G. M. de.; OLIVEIRA, L. R. de. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do Especialista nesta área. **O Mundo da Saúde São Paulo**. Vol. 32, n.4, pp.458-65. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/65/07_Enfermagem_baixa.pdf.

BARBOSA, T. L. de A.; GOMES, L. M. X.; DIAS, O. V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enferm**. Vol. 16, n° 1. Paraná, 2011. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/21108>.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERTI *et al*, H. W. Percepção de enfermeiros recém-graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. **Rev Latino-Am Enfermagem**. Vol. 16, n°2, pp. 184-191. São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000200003&script=sci_abstract&tlng=pt.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais da metade dos partos cesáreos são marcados com antecedência**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/08/mais-da-metade-dos-partos-cesareos-sao-marcados-com-antecedencia>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco – Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32) disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n°904, de 29 de maio de 2013. Diário Oficial da União de 2013; 31 de maio.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. C.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S. Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. Vol. 32, n.4, pp. 807-

14. Porto Alegre, 2011. Disponível em:

<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/17455>.

CARVALHO, D. J. A conquista da cidadania feminina. *Revista Multidisciplinar da UNIESP*. N. 11. João Pessoa, 2011. Disponível em:

<http://www.uniesp.edu.br/revista/revista11/pdf/artigos/12.pdf>.

COREN - Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal. Lei nº 7.498/86. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

COSTA, A. A. N. M.; SCHIRMER, J. A atuação dos enfermeiros egressos do curso de Especialização em obstetrícia no nordeste do Brasil – da Proposta à operacionalização. Esc Anna Nery. Vol. 16, n. 2, pp.332-339. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200018.

DATASUS. Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saude soc*. Vol. 17, n.2, pp.132-139. São Paulo, 2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200013.

FERREIRA; S. L.; ROCHA; M. M. S.; NUNES; I.M. Atuação de enfermeiras obstetras no sistema único de saúde (SUSBA): estudo entre as egressas dos Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica da EEUFBA. *Rev Baiana Enferm*. Vol. 23, n 1, 2, 3. Salvador, 2009. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/4983>.

FIALHO, T. C. **O papel do enfermeiro no parto humanizado**. Monografia apresentada à EVATA. Viçosa, 2008. Disponível em:

<http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20CUPERTINO%20FIALHO.pdf>.

FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. 2.ed. Liber livro editora. Brasília: 2005.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das Puérperas. *Rev. enferm. UERJ*. VOL. 18, N.3, PP.441-5. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a18.pdf>.

GAMA, S. G. N. da *et al*. Fatores associados à cesarianas entre primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300018&script=sci_arttext.

GARCIA, S. A. L.; GARCIA, S. A. L.; LIPPI, U. G. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. *Einstein*. Vol, 8, nº2, pp.241-247. São Paulo, 2010. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000200241&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F. O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar. *Rev Min Enferm*. Vol. 17, n. 3, pp. 524-530. Minas Gerais, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=711403&indexSearch=ID>.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde pública*. Vol 30. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.

LEGUIZAMON JÚNIOR, T. STEFFANI, J. A.; BONAMIGO, E. L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Revista Bioética*. V.21, n.3. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=704229&indexSearch=ID>.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A.. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto contexto - enferm*. Vol.17, n.4. Santa Catarina, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400020.

MACHADO, N. X. S; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e Assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm USP*. Vol.40, n.2, pp.274-9. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=13905&indexSearch=ID>.

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. Vol.11, n. 2, pp.331-336. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a23>.

MANDARINO, N. R. *et al*. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 25 (7). Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2009000700017&script=sci_arttext.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Rev Estud Fem*. Vol. 17, n.1, pp.31-48. Florianópolis, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100003/10982>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M.. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm*. Vol.17, n.4, pp. 758-764. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.

MINAYO, M. C. S.. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2001.

MOURA, C. F. S. de.; LOPES, G. T.; SANTOS, T. C. F. Humanização e desmedicalização da assistência À mulher: do ensino à prática. **Rev. enferm. UERJ**. VOL. 17, N.2, pp. 182-7. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a07.pdf>.

MOURA *et al*, F.; M.; J.; S.; P. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.** Vol.60, n.4, pp.452-455. Brasília, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Vol.10, n.3, pp.651-657. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300021.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev Bras Enferm.** Vol. 62, n.4, pp.546 – 51. Brasília, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000400009&script=sci_arttext.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONCALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**. Vol. 18, n 4. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>.

OLIVEIRA, A. S. S. de.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. **Rev. enferm. UERJ**. Vol.19, n.2, pp.249-54. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a13.pdf>.

PEREIRA, A. L. F.; NICÁCIO, M. C. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. **Rev enferm UERJ**. Vol. 22, n.1, pp.50-6. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/11418>.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C., BALDIN, N. Representações sociais das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde Soc**. Vol. 20, n°3, p.579-589. São Paulo. 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29743>.

PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Rev. Eletr. Emf**. Vol. 12, n.2, pp.331-6. Goiânia, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>.

PRATA *et al*, K. S. Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem* Vol. 25, n.3, p.277-286. Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/6146/4905>.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M. A influência da prática das enfermeiras obstétricas Na construção de uma nova demanda social. *Rev. Enferm. UERJ*. Vol. 21, n.1, pp.23-28. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em:

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=743009&label=A%20influ%EAncia%20da%20pr%E1tica%20das%20enfermeiras%20obst%E9tricas%20na%20constru%E7%E3o%20de%20uma%20nova%20demanda%20social>.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCOS, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. *Rev. Rene*. Vol. 11, n° especial, p.61-71. Fortaleza, 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a07v11esp_n4.pdf.

SENA *et al*, C. D. *et al*. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev. Enferm. UFSM*. Vol. 2, n3. Santa Maria, 2012. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/viewFile/3365/pdf>.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a Pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organ. rurais agroind.* v. 7, n. 1, p. 70-81, Lavras, 2005. Disponível em: <http://revista.dae.ufla.br/index.php/ora/article/view/210>.

SILVA *et al*, A. C. V da. Protocolo assistencial de enfermagem obstétrica da secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/161.pdf>.

SILVA, L. M. da; BARBIERE, M.; FUSTINONI, S. M. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev Bras Enferm*. Vol 01. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100009.

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G.; CAMPELO, B. Q. A.. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. *Rev. de Enferm UFSM*. Vol. 4, n. 1. Santa Maria, 2014. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8861>.

SOUZA, J. P.; CASTRO, C. P. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quartenaria. *Cad. Saúde pública*. Vol 30. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE025114>.

SOUZA, C. M.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N. R. *et al*. Equipe de enfermagem e os dispositivos de cuidado no trabalho de parto: enfoque na humanização. *J. res.: fundam. Care* Vol. 5, n.4, pp.743-54. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=24976&indexSearch=ID.

SOUZA, M.T. SILVA, M. D. CARVALHO, R. Revisão Integrativa: O que é e como fazer?. **Eisten**, São Paulo, v. 8, n. 1. Jan/Mar 2010.

SOUZA, R. M.; SOARES, L. S.; QUITETE, J. B. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. **J. res.: fundam. care**. Vol.6, n.1, pp.118-131. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014pdf/e6-118.pdf>.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Estimação da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. **Cad. Saúde Pública**. Vol.30. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010211X2014000700015&script=sci_arttext

VARGENS *et al.*, O. M. C. O significado da desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. Esc Enferm USP**. Vol.42 (2). São Paulo, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200018.

VELASQUE, E. A. G. V.; PRADEBON, V. M.; CABRAL, F. B. O enfermeiro no processo parir/nascer: estratégia de cuidado e humanização do parto. **Rev enferm UFSM**. Vol. 1, n. 1. Santa Maria, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/1991/1514>.

VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E de.; SANTOS, E. K. A dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. **Rev Bras Enferm**. Vol. 63, n.4, pp.652-9. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023.

VERSIANI *et al.*, C. C. O ser enfermeiro obstetra no cuidado ao parto. **Rev APS**. Vol.16, n.2, pp. 173-179. Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1786>.

VIEIRA, B. D. G.; MOURA, M. A. V.; ALVES, V. H. *et al.* As implicações da prática profissional de enfermeiros obstetras egressos da EEAN: a qualidade da assistência. **J. res.: fundam. Care** Vol. 4, n.4, pp.408-16. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-24937>.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Vol.30, suppl.1, pp. S85-S100. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014001300016&script=sci_arttext.

WEIDLE, W. G.; MEDEIROS, C. R. G.; GRAVE, M. T. Q.; DAL BOSCO, S. M. Escolha da via de parto pela mulher: autonomia ou indução?. **Cad. saúde colet**. Vol. 22, n.1, pp. 46-53. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00046.pdf>.

WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M. Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia. *Rev Bras Enferm*. Vol 63, n3, pp. 464 - 9. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a19v63n3.pdf>.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota *et al*. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. *Texto contexto – enferm*. Vol.19, n.4. Florianópolis, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000400015&lang=pt.

ZORZETTO, R. Escolha errada. *Rev. Pesquisa Fapesp*. Ed. 124. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://revistapesquisa.fapesp.br/2006/06/01/escolha-errada/>.

ANEXOS

APÊNDICE

APÊNDICE A – Descrição dos artigos da amostra segundo número, título, autores, região onde foram desenvolvidas as pesquisas e ano de publicação. Campina Grande, 2016.

NÚMERO	TÍTULO	AUTOR	REGIÃO	ANO
1	A ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS EGRESSOS DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM OBSTETRÍCIA NO NORDESTE DO BRASIL – DA PROPOSTA À OPERACIONALIZAÇÃO	COSTA, A. A. N. M.; SCHIRMER, J. A	Região Nordeste do Brasil e incluiu os estados de Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.	2012
2	A ENFERMEIRA OBSTÉTRICA: AGENTE ESTRATÉGICO NA IMPLANTAÇÃO DE PRÁTICAS DO MODELO HUMANIZADO EM MATERNIDADES	PROGIANTI, J. M.; MOUTA, R. J. O.	Rio de Janeiro	2009
3	A INFLUÊNCIA DA PRÁTICA DAS ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA CONSTRUÇÃO DE UMA NOVA DEMANDA SOCIAL	PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.	Rio de Janeiro	2013
4	A REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NA ÁREA	PRATA, J. A.;		

	DA SAÚDE E DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	PROGIANTI, J. M.; DAVID, H. S.	Florianópolis	2014
5	A RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA AO PARTO: DISCURSOS DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS	WINCK, D. R.; BRUGGEMANN, O. M.; MONTICELLI, M.	Santa Catarina	2012
6	ACOMPANHANTE NO CENTRO OBSTÉTRICO: SIGNIFICADO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM	PRATA <i>et al</i> , K. S.	Salvador	2011
7	AS IMPLICAÇÕES DA PRÁTICA PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS OBSTETRAS EGRESSOS DA EEAN: A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	VIEIRA <i>et al</i> , B. D. G.	Rio de Janeiro	2013
8	AS PRÁTICAS HUMANIZADAS DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO HOSPITALAR	PORFÍRIO, A. B.; PROGIANTI, J. M.; SOUZA, D. O. M.	Rio de Janeiro	2010
9	ATENÇÃO AO PARTO POR ENFERMEIROS NA ZONA LESTE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	NARCHI, N. Z	São Paulo	2009
10	ATENÇÃO QUALIFICADA AO PARTO: A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM RIO BRANCO, ACRE, BRASIL.	DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V	Rio Branco	2008
	ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA OBSTÉTRICA NA	PEREIRA, A. L.	Rio de	2006

11	POLÍTICA PÚBLICA DE HUMANIZAÇÃO AO PARTO NO RIO DE JANEIRO	F.	Janeiro	
12	AVANÇOS E RETROCESSOS DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NO BRASIL	SENA <i>et al.</i> , C. D de.	Bahia	2012
13	CENTRO DE PARTO NORMAL E ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA CENTRADA NAS NECESSIDADES DA PARTURIENTE	MACHADO, N. X. S; PRAÇA, N. S.	Rio de Janeiro	2006
14	CONFORTO NO PROCESSO DE PARTO SOB A PERSPECTIVA DAS PUÉRPERAS	FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E	Região Sul do Brasil	2010
15	ENFERMAGEM OBSTÉTRICA: DESCOBRINDO AS FACILIDADES E DIFICULDADES DO ESPECIALISTA NESTA ÁREA	BARBOSA, P. G.; CARVALHO, G. M. de.; OLIVEIRA, L. R. de.	São Paulo	2008
16	EQUIPE DE ENFERMAGEM E OS DISPOSITIVOS DE CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO: ENFOQUE NA HUMANIZAÇÃO	SOUZA, C. M.; FERREIRA, C. B.; BARBOSA, N. R. <i>et al.</i>	Maceió	2013
17	ESTRATÉGIAS DE LUTA DAS ENFERMEIRAS DA MATERNIDADE LEILA DINIZ PARA IMPLANTAÇÃO DE UM MODELO HUMANIZADO DE	MOUTA, R. J. O.; PROGIANTI, J. M.	Rio de Janeiro	2009

	ASSISTÊNCIA AO PARTO			
18	FORMAÇÃO E INSERÇÃO PROFISSIONAL DAS EGRESSAS DO CURSO DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA.	PEREIRA, A. L. F.; NICÁCIO, M. C	Rio de Janeiro	2014
19	HISTORIA DO CUIDADO A MULHER NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANOPOLIS-SC, BRASIL (1956-2001)	GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. C. S.	Florianópolis	2012
20	HUMANIZAÇÃO E DESMEDICALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À MULHER: DO ENSINO À PRÁTICA	MOURA, C. F. S. de.; LOPES, G. T.; SANTOS, T. C. F.	Rio de Janeiro	2009
21	O AMBIENTE DE RELAXAMENTO PARA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO AO PARTO HOSPITALAR	GUIDA, N. F. B.; LIMA, G. P. V.; PEREIRA, A. L. F.	Rio de Janeiro	2013
22	O SER ENFERMEIRO OBSTETRA NO CUIDADO AO PARTO	VERSIANI <i>et al.</i> , C. C.	Montes Claros	2013
23	O SIGNIFICADO DE DESMEDICALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NO HOSPITAL: ANÁLISE DA CONCEPÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS	VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. da.	Rio de Janeiro	2008
24	OCORRÊNCIA DE EPISIOTOMIA EM PARTOS ACOMPANHADOS POR ENFERMEIROS OBSTETRAS EM AMBIENTE	FIGUEIREIDO <i>et al.</i> , G. S.	Rio de Janeiro	2011

	HOSPITALAR			
25	PARTICIPAÇÃO DA MULHER NO PROCESSO DECISÓRIO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: revisão integrativa do cuidado de enfermagem	BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. C.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S.	Porto Alegre	2011
26	PARTO HUMANIZADO DE ADOLESCENTES: CONCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE	BUSANELLO et al, J.	Sul do Brasil	2011
27	PARTO NATURAL DOMICILIAR: UM PODER DA NATUREZA FEMININA E UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	SOUZA, R. M.; SOARES, L. S.; QUITETE, J. B.	Rio de Janeiro	2014
28	PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS ACERCA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO	OLIVEIRA, A. S. S. de.; RODRIGUES, D. P.; GUEDES, M. V. C.	Fortaleza	2011
29	PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO CUIDAR EM CENTRO OBSTÉTRICO	PIESZAK, G. M.; TERRA, M. G.; NEVES, E. T.; PIMENTA, L. F.; PADOIN, S. M. M.; RESSEL, L. B.	Sul do Brasil	2013
30	REFLEXÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA À PARTURIENTE	VELHO, M. B.; OLIVEIRA, M. E de.; SANTOS, E. K. A dos.	Santa Catarina	2010

31	RESULTADO DE PARTOS DOMICILIARES ATENDIDOS POR ENFERMEIRAS DE 2005 A 2009 EM FLORIANÓPOLIS, SC	KOETTKER <i>et al</i> , J. G.	Florianópolis	2012
32	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS	SILVA <i>et al</i> , M. G da.	São Paulo	2014